

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

403

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

La Coxalgie unilatérale de l'Enfance

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA FONCTION DE REPRODUCTION

(Menstruation - Gestation - Accouchement - Allaitement)

PAR

BRILLAUT MARCEL-PIERRE

Né le 6 Octobre 1890, à Montaigut-en-Combrailles (Puy-de-Dôme)

Moniteur d'Obstétrique à la Maternité Baudelocque

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1921

403

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Bril.

ANNÉE 1921

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

La Coxalgie unilatérale de l'Enfance

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA FONCTION DE REPRODUCTION

(Menstruation - Gestation - Accouchement - Allaitement)

PAR

BRILLAUT MARCEL-PIERRE

Né le 6 Octobre 1890, à Montaut-en-Combrailles (Puy-de-Dôme)

Moniteur d'Obstétrique à la Maternité Baudelocque

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1921



Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE
LETULLE
PRENANT
POUCHET
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

DUPRÉ
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIÈRE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMARET

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GRÉGOIRE
GUENIOT-
GUILLAIN
GUILLEMINOT
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE-
LEQUEUX
LEREBoullet
LÉRI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A tous deux j'apporte le tribut de mon affectueuse reconnaissance pour la constante sollicitude, dont ils n'ont cessé de m'entourer. Leur bonté ne m'a jamais fait défaut et les mots me manquent ici pour leur exprimer, comme il conviendrait, mon amour filial et mon infinie gratitude.

A MA FEMME

Il m'est particulièrement doux aujourd'hui de reporter ma pensée vers celle qui s'est révélée à mon foyer tout amour et tout dévouement pendant mes dernières années d'étude. Qu'elle reçoive ici un gage nouveau de mon inaltérable tendresse.

A MON FILS CHÉRI.

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE

*En témoignage de notre profonde gra-
titude et de notre respectueux atta-
chement.*

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales, il nous est particulièrement agréable de rendre publiquement hommage à tous ceux qui voulurent bien contribuer à notre formation médicale.

C'est tout d'abord aux professeurs de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand que va notre gratitude. Les leçons cliniques de MM. les docteurs Bousquet, Maurin, Planchard nous seront d'un grand secours dans notre pratique journalière ; nous tenons à leur exprimer ici tous nos remerciements ainsi d'ailleurs qu'aux autres maîtres de cette école pour les conseils éclairés et la sympathie qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Dès notre arrivée à Paris, M. le Professeur Marfan nous a initié à la pratique de la médecine infantile ; nous ne saurions assez lui savoir gré du dévouement qu'il a mis à le faire ; qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre profond respect.

Tous nos autres maîtres de la Faculté de Paris ont droit à notre reconnaissance ; mais nous avons contracté une dette toute particulière à l'égard de M. le Professeur Couvelaire qui a bien voulu nous inspirer ce travail. Pendant les deux années que nous avons

passées à ses côtés, il a fait notre éducation professionnelle en développant notre sens critique, en nous faisant profiter de son enseignement si lumineux et de sa pratique déjà longue. Il nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance ; il vient, au cours de cette dernière année scolaire, de nous en donner des preuves en nous attachant à son service ; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre inaltérable reconnaissance et l'hommage de notre très vive gratitude.

A notre vieil ami, le D^r Sellet, chef de clinique adjoint à la Faculté, ira ensuite l'expression de notre dévouement et de notre affection ; sa bonne camaraderie nous a facilité notre tâche ; il nous a tracé les grandes lignes de notre thèse pour laquelle il nous a constamment éclairé et conseillé ; nous lui devons beaucoup et lui disons de tout cœur : merci.

Nous ne pourrons jamais oublier que c'est à M. le D^r Cleisz, chef de clinique à la Faculté, à qui nous devons d'être venu à la clinique Baudelocque. Nous avons mis souvent à l'épreuve, sa patience et son dévouement. Jamais, ni son concours, ni ses affectueux conseils ne nous ont fait défaut. Il a droit à toute notre gratitude ; elle ne se démentira pas.

Notre pensée reconnaissante va enfin à ceux à qui nous devons toutes nos connaissances obstétricales :

MM. le Professeur agrégé Levy-Solal, accoucheur des hôpitaux ; le docteur Vignes, accoucheur des hôpitaux ; le docteur Eudes, ancien chef de clinique ad-

joint ; le docteur Morisson-Lacombe, chef de clinique adjoint.

Le temps que nous avons passé près d'eux, à Baudelocque, sera pour nous d'un précieux souvenir.

Que MM. les docteurs Champeau, Hidden, Couvreur, Broussin, Allard, qui ont été pour nous d'excellents camarades, reçoivent ici le témoignage de notre sincère amitié.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier les rapports de la coxalgie avec la fonction de reproduction ; notre travail est surtout basé sur l'étude de tous les cas de coxalgie recueillis à la clinique Baudelocque de 1905 à 1919, étude que nous avons fait suivre de 6 observations personnelles de femmes que nous avons suivies nous-mêmes durant notre séjour à la clinique.

Cette étude fait suite aux thèses inspirées par M. le Professeur Pinard, basées sur les cas de coxalgie observées à la Maternité de Lariboisière et à Baudelocque (thèses de Bruneau, 1892, et d'Ortel, 1904)

PARTIE ANATOMIQUE

La coxalgie peut se définir l'arthrite tuberculeuse de la hanche. Elle est à la fois la plus commune des localisations articulaires de la tuberculose et la plus fréquente des affections de l'articulation coxo-fémorale. (Sur 250 cas de tuberculose articulaire des membres, relevés par Lannelongue, il n'y avait pas moins de 100 ostéo-arthrites de la hanche).

On sait, par les nombreux travaux dont elle a fait l'objet, qu'on peut la rencontrer dans l'un et l'autre sexes, mais qu'on la trouve plus fréquemment toutefois dans le sexe féminin.

La majorité des cas s'observe dans l'enfance jusque vers la 10^e année (66 cas sur les 87 observations recueillies à la clinique) ; assez souvent, la première atteinte ne s'en manifeste que plus tard, au moment de la puberté. Elle peut survenir aussi chez l'adulte, quoique beaucoup plus rarement et généralement avant la 25^e année. Mentionnons également son existence possible chez le fœtus où, bien que pouvant être considérée comme une rareté, elle a été démontrée de façon certaine par Morel-Lavallée, Marjolin, Lannelongue.

L'évolution de la maladie se fait d'ordinaire en 4 ou 5 ans, mais elle peut durer 10, 15 ans et même davantage.

Le début osseux des lésions est la règle. Lannelongue a dit : « La coxo-tuberculose est primitivement osseuse ». Elles peuvent débiter, soit par la tête fémorale, soit par le cotyle, ces deux modes de début se rencontrant avec une fréquence presque égale. Kœnig et Ollier ont publié des statistiques à ce sujet, mais il n'est guère possible d'en tirer de conclusions ; seules les résections faites d'une façon hâtive ont montré qu'il y a une proportion à peu près égale de ces deux localisations primitives (P^r KIRMISSON, *Journal des Praticiens*, 1920).

Par quel mécanisme la coxalgie agit-elle sur le bassin ?

La coxalgie a sur le bassin un retentissement variable, sur sa forme, sur sa capacité et sur sa direction par rapport au reste du squelette.

Il y a déjà lieu de faire remarquer que l'affection aura, au point de vue obstétrical, des conséquences d'autant plus accentuées qu'elle sera apparue et se sera développée chez un enfant plus jeune pendant la période de malléabilité du bassin. Levret et après lui, Hubert de Louvain ont bien montré que lorsque la claudication était postérieure à la puberté, son influence sur l'état du bassin était à peu près nulle.

Quand la maladie survient à l'âge adulte, le bassin sera peu ou pas touché, car il a déjà acquis sa forme définitive et n'est plus malléable. Il n'y aurait de

dystocie possible qu'en cas d'effondrement acétabulaire avec pénétration de la tête fémorale dans le bassin, ce qui est très exceptionnel.

Les déformations du bassin coxalgique dépendent :

1° *De l'atrophie générale de l'os iliaque du côté malade.*

Cette atrophie existe au-dessus et au-dessous de la ligne inominée. L'aile iliaque est, en général, diminuée dans toutes ses dimensions. Parfois, en dépit de cette diminution, la moitié malade du bassin paraît hypertrophiée, il s'agit alors d'une hypertrophie en épaisseur ; mais, en somme, cette atrophie qui existe au-dessus de la ligne inominée est peu marquée. L'atrophie est en général plus marquée sur la moitié malade sous-jacente à la ligne inominée. Elle a pour effet de projeter l'ischion en dedans, cette projection diminuant la capacité de l'excavation et l'aire du détroit inférieur.

Quant à la ligne inominée du côté malade, elle est toujours au moins égale et quelquefois supérieure en longueur à celle du côté sain. On peut donc dire que l'atrophie ne porte jamais sur la ligne inominée (CLEISZ, *Gynécologie et obstétrique*, T. II, 1920, n° 5).

2° *De la boiterie et de l'inégale répartition du poids du corps.*

A la suite d'une coxalgie unilatérale, le poids du corps se porte d'une façon prépondérante sur le membre sain, d'où il résulte une pression exagérée qui en-

traîne l'aplatissement de la ligne inominée du côté sain et l'atrophie de l'aileron sacré correspondant (PINARD, in thèse de RAOUX). Il en résulte une déformation asymétrique du bassin qui prend le type oblique ovalaire.

3° *Du processus tuberculeux acétabulaire* (Hypérostoses ou perforations).

4° *De l'ankylose coxo-fémorale* ou de *l'ankylose et de la luxation* qui ont pour conséquence l'anteversion ou l'ante-latero-version du bassin.

LE BASSIN COXALGIQUE AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

Il existe plusieurs formes de bassin coxalgique.

1° *La forme commune* de coxalgie unilatérale de l'enfance, avec ankylose, avec ou sans luxation.

C'est le bassin commun à toutes les boîteuses ; bassin asymétrique du type oblique ovalaire. Sa capacité obstétricale n'est pas modifiée.

2° A côté de cette forme commune, il existe d'autres *formes rares* (bassins à viciations complexes).

a. Les unes encore assez fréquemment dans lesquelles il y a *aplatissement antéro-postérieur du détroit supér.*, par rachitisme surajouté.

Cliniquement ces bassins sont ceux dans lesquels le promontoire est accessible au toucher vaginal.

b. D'autres, où il existe de *l'atrophie générale de tout le bassin.*

(Hypotrophie générale du squelette).

c) Celles enfin où des *processus tuberculeux osseux de la région acétabulaire* déterminent une obstruction pelvienne par hyperostoses et enfoncement de l'acétabulum par la tête fémorale.

Conclusions pratiques. — Le bassin coxalgique est un bassin le plus souvent suffisant au point de vue obstétrical. Il faut savoir, cependant, que l'antéversion peut retarder l'accommodation pelvienne pendant la gestation et déterminer des accidents tels que : protrusion du cordon au moment de l'accouchement.

L'examen obstétrical doit porter sur la recherche du promontoire (*rachitisme surajouté*) et sur l'état de la surface acétabulaire intra-pelvienne du côté malade (*processus tuberculeux de la région acétabulaire*).

PARTIE CLINIQUE

Nous allons aborder maintenant la partie clinique de notre mémoire.

Il nous a paru impossible de publier la totalité des observations sous forme de résumés ou sous forme de tableaux complets. Nous indiquerons seulement à la fin de ce travail et à la suite de nos observations personnelles, les numéros des observations qui ont servi de base à cette étude, à laquelle, nous le répétons, il nous a paru préférable de donner la forme d'une étude des rapports réciproques de la coxalgie et de la puerpéralité :

Pendant la gestation,

Au moment de l'accouchement,

Pendant les suites de couches.

Avant d'étudier ces rapports dans les 93 observations que nous avons recueillies, il nous a paru intéressant de résumer l'histoire de ces femmes au point de vue de leurs antécédents héréditaires et personnels ainsi qu'au point de vue de leur vie génitale, c'est-à-dire du début de la menstruation par rapport à la date d'apparition de la coxalgie.

Antécédents

1° ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Chez 8 femmes (sur 93) nous avons trouvé des lésions bacillaires signalées chez le père, et ayant consisté en :

Tuberculose pulmonaire.....	4
Laryngite tuberculeuse.....	1
Tuberculose à localisation inconnue...	1
Tuberculose probable.....	1
Méningite tuberculeuse.....	1

Soit dans 8,60 % *des cas*.

Chez 6 femmes (sur 93) nous avons relevé des antécédents bacillaires chez la mère et qui se répartissent de la façon suivante :

Tuberculose pulmonaire.....	4
Péritonite tuberculeuse.....	1
Laryngite tuberculeuse.....	1

Soit dans 6,45 % *des cas*.

2° ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

Chez 3 femmes nous avons noté des antécédents bacillaires nets. Ils consistaient en :

Tuberculose pulmonaire.....	2
Tuberculose osseuse et pulmonaire....	1

Soit dans 3,22 % *des cas*.

Chez ces 93 femmes nous constatons la coïncidence de la date d'apparition de la maladie avec la date d'apparition des règles dans 4 cas, soit dans 4,3 % des cas.

35 femmes n'ont vu leurs règles apparaître qu'après 14 ans bien passés ; nous avons donc une proportion de 37,63 %, pour lesquelles la menstruation s'est établie tardivement. Chez ces femmes, la coxalgie est apparue à des dates variables ; nous trouvons comme proportions :

A 1 an : 1. — à 2 ans : 4. — à 3 ans : 5. — à 4 ans : 4. — à 5 ans : 4. — à 6 ans : 1. — à 7 ans : 4. — à 9 ans : 3. — à 11 ans : 2. — à 12 ans : 1. — à 14 ans : 2. — à 15 ans : 1. — à 16 ans : 1. — à 17 ans : 1.

Pour l'une d'entre elles, on ne possède aucune précision sur la date d'apparition de l'affection, tout au plus sait-on qu'elle remonte à l'enfance.

Chez 20 femmes nous notons de l'irrégularité comme périodicité, soit dans 21,50 % des cas, la coxalgie étant apparue pour celles-ci aux âges mentionnés ci-après dans les proportions suivantes :

A 15 mois : 1. — à 2 ans : 1. — à 3 ans : 2. — à 4 ans : 3. — à 5 ans : 2. — à 6 ans : 1. — à 7 ans : 2. — à 12 ans : 1. — à 13 ans : 1. — à 14 ans : 3. — à 15 ans : 1. — à 16 ans : 1. — à 17 ans : 1.

Chez 3 femmes, nous trouvons des périodes d'aménorrhée. L'une d'entre elles a eu une absence de règles de 5 mois après les avoir eues régulièrement de 13 à 15 ans. Une autre n'a eu ses règles que tous les

trois mois, de 18 à 23 ans. La troisième a présenté plusieurs périodes d'aménorrhée.

Chez ces 3 femmes la coxalgie est survenue vers l'âge de 4 ans.

Cette aménorrhée semble liée à l'état général plus ou moins déficient et l'on est en droit d'incriminer la nature tuberculeuse de la coxalgie.

Chez une femme (observation personnelle n° 2076 de 1920, *Archives de la clinique Baudelocque*), on note que la malade présente un alourdissement plus marqué de la jambe du côté où siège l'affection, à chaque époque menstruelle (1 cas sur 93).

Une coxalgique étant venue accoucher à la clinique (observation n° 1350 de 1920) et présentant une fistule d'abcès froid, raconte qu'au moment de ses règles la suppuration s'exagérait (Il s'agit, en l'espèce, d'un abcès froid d'origine costale).

INFLUENCE DE LA COXALGIE SUR LA PUERPÉRALITÉ

1° Influence sur la gestation

Nous entreprendrons cette étude séparément pour les primipares et les multipares.

PRIMIPARES

Aucune complication réelle n'a été signalée dans l'état de la mère du fait de la gestation.

Chez 50 femmes nous trouvons :

1 fœtus expulsé *avant 6 mois* ; cause : Endométrite, soit 2 %.

5 fœtus expulsés *pendant le 7^e mois* ; cause : Surmenage physique, 1 ; Syphilis, 2 ; Cause inconnue, 2, soit 10 %.

1 fœtus expulsé *pendant le 8^e mois* ; Cause : Rupture prématurée des membranes, soit 2 %.

15 fœtus expulsés *pendant le 9^e mois* ; Cause : Albumine, 1 ; Insertion basse du placenta, 1 ; Endométrite, 1 ; Excès de liquide, 1 ; Surmenage physique, 1 ; Cause inexpiquée, 10, soit 30 %.

28 fœtus *à terme*, soit 56 %.

MULTIPARES

Nous réunirons ici non seulement le terme des accouchements qui font l'objet des observations, mais encore le terme des gestations antérieures lorsque celui-ci aura pu être retrouvé.

Gestation actuelle

Chez 43 femmes nous trouvons :

0 fœtus expulsé *avant 6 mois*.

1 fœtus expulsé *pendant le 7^e mois* ; Cause : Tuberculose pulmonaire de la mère, soit 2,32 %.

2 fœtus expulsés *pendant le 8^e mois* ; Cause : Circulaire serré autour du cou (mort et macéré) : Endométrite, 1 (mort), soit 4,65 %.

14 fœtus expulsés *pendant le 9^e mois* ; Cause : Albumine, 2 ; Endométrite, 3 ; Surmenage physique, 3 ; Syphilis, 1 ; Causes non expliquées, 5 ; soit 32,55 %.

26 fœtus *à terme*, soit 60,48 %.

Gestations antérieures

Chez 43 femmes ayant eu 79 gestations antérieures (2 jumeaux), nous trouvons :

1 fœtus expulsé *avant 6 mois* ; Cause : Traumatisme, soit 1,42 %.

1 fœtus expulsé *pendant le 7^e mois*, soit 1,42 %.

3 fœtus expulsés *pendant le 8^e mois*, soit 4,28 %.

13 fœtus expulsés *pendant le 9^e mois*, soit 15,87 %.

44 fœtus *à terme*, soit 62,85 %.

10 fœtus expulsés à un terme inconnu.

8 fœtus *expulsés morts*, soit 44,42 % :

(1 avortement de 3 mois ; 3 avortements de 4 mois :
1 macéré, 1 traumatisme, 1 pleurésie tuberculeuse
de la mère ; 1 à 7 mois ; 1 à 8 mois ; 2 expulsés à un
terme inconnu).

(Le pourcentage a été établi sur 70 accouchements,
abstraction a été faite pour l'établissement du pour-
centage des 10 fœtus expulsés à un terme inconnu).

Conclusions. — Pour arriver à une conclusion va-
lable, nous allons comparer nos résultats avec les ré-
sultats généraux d'une année quelconque. Nous pren-
drons comme terme de comparaison celle qui s'écoule
entre le 1^{er} octobre 1913 et le 1^{er} octobre 1914, car
nous trouvons le pourcentage tout indiqué dans la
thèse du docteur Péaud.

Pour 93 coxalgiques, nous avons :

1 accouchement au 6^e mois, soit : 1,07 %.

6 accouchements au 7^e mois, soit : 6,45 %.

3 accouchements au 8^e mois, soit : 3,22 %.

29 accouchements au 9^e mois, soit : 31,18 %.

54 fœtus à terme, soit : 58,05 %.

Les résultats généraux consignés dans la thèse de
Péaud sont les suivants :

Au 7^e mois : 4,28 %.

Au 8^e mois : 11,52 %.

Au 9^e mois : 47,90 %.

A terme : 33,43 %.

?	2 ans	Traité jusqu'à 7 ans Grattage et suspension Traitée	d'abcès Fistule	Ankylose c. g. ? c. g.	Asymétrique	Racc. = 2 cm.	Spontanée
?	15 ans	Traité chirurgicalement Traitée		?	Asymétrique	Racc. = léger	Spontanée
?	7 ans	Traité		?	?	?	Spontanée
?	2 ans	Traité		?	Parait normal	?	Spontanée
1 an	5 ans	jusqu'à 13 ans Plâtre	Cicatrice d'abcès	Ankylose add. c. d.	Atrophie à dr.	?	Spontanée
9 mois	14 ans	Traité pendant 6 ans	Tumeur bl. du genou g.	?	Asymétrique	Racc. = 1 cm	Spontanée
?	9 ans	Plâtre 1 an		?	Asymétrique	?	Spontanée (à l'anglaise)
1 an	9 ans	Immobilisation 15 mois	Cicatrice d'abcès	?	Asymétrique	Racc. = 3 cm.	Spontanée
9 mois	5 ans	Traité 3 ans	Cicatrices d'abcès	?	Parait normal	?	Spontanée
?	7 ans	Plâtre 3 ans		?	Parait normal	?	Spontanée
?	14 ans	Immobilisation 6 mois		Pas d'ankylose c. d.	?	Pas de racc.	Spontanée
13 mois	15 ans	Extension 3 mois		Ankylose c. g.	Parait normal	Pas de racc.	Spontanée
?	?	?		Ankylose c. g.	Asymétrique et anteversé	Pas de racc.	Spontanée
11 mois	3 ans	Plâtre et extension jusqu'à 7 ans		Ankylose ald. c. ?	Bassin obliqu. ovalaire (pro. mont. accessibl.)	?	Césarienne
?	3 ans						
1 an	4 ans	Plâtre jusqu'à 9 ans	Cicatrices d'abcès	Ankylose add. c. d.	Asymétrique et anteversé	Racc. = 8 cm.	Spontanée
9 mois	11 ans	Extension 7 mois	Abcès à 21 ans	Ankylose c. dr.	Asymétrique	Racc. = 4 cm.	Spontanée (à l'anglaise)
13 mois	3 ans 1/2	Plâtre 18 mois		Ankylose c. g.	Asymétrique et anteversé	Racc. = 6 c 1/2	Spontanée
?	4 ans 1/2	Plâtre	Ostéites suppurrées multiples	Ankylose add. c. d.	Asymétrique et anteversé	Racc. = 4 cm	Spontanée
?	7 ans	Traité 4 ans	Incision d'abcès	Ankylose légère c. d.	Asymétrique	Racc. = 4 cm.	Spontanée

PREMIER PAS	APPARITION de la MALADIE	EVOLUTION ET TRAITEMENT	COMPLICATIONS	ETAT DE LA COXALGIE	ETAT DU BASSIN	ETAT DES MEMBRES INFERIEURS	TERMINAISON de l'ACCROUAGEMENT,
2 ans 14 mois ? 1 an	2 ans 4 ans 11 ans 7 ans	Pas de traitement Plâtre à 7 ans Plâtre 14 mois Pas de traitement	3 cic. de fistules Pied équim cic. de fistule	c. dr. Ankylose abd. c. g. Ankylose c. dr. Ankylose abd. c. g.	? ? Asymétrique Asymétr. et anteverse	? Racc. = 8 cm. Racc. = 6 cm. ?	Spontanée Spontanée (sifge) Spontanée Spontanée
? 2 ans	14 ans 7 ans	Extension 11 mois Traitée jusqu'à 23 ans	Mal de Pott Absès ossifiant	Ankylose c. dr. c. g.	? Viciations complexes	Pas de racc. Racc. = 4 cm.	Spontanée Céarenne
1 an 19 mois 1 an	4 ans 11 ans 3 ans	Plâtre 2 ans 1/2 Pas de traitement Plâtre 4 ans	Promont. à 10,3 Tumeur bl. du genou	Ankylose c. g. Ankylose add. c. d. Ankylose c. g.	? Asymétrique Asymétrique promontoire accessible à 10,3	? ?	Spontanée Spontanée Forcées
2 ans 9 mois	5 ans 5 ans	Extension 6 mois Extension 1 an		Ankylose c. ? Ankylose c. dr.	Asymétrique et anteverse	? Racc. = 6 cm.	Céarenne Spontanée
? ?	7 ans 4 ans	Plâtre 1 an Traitée jusqu'à 18 ans	Suppuration	Ankylose abd. c. d. Ankylose add. c. d.	Parait normal Asymétrique	Racc. = 4 cm. Racc. = 15 cm.	Spontanée Céarenne
? ?	5 ans	Aide de 5 à 7 ans		Atrophie c. dr.	Asymétrique et anteverse	Racc. = 11 cm.	Spontanée
? 2 ans	4 ans 6 ans	Traitée jusqu'à 7 ans Immobilisation Traitements divers		Ankylose add. c. g. Ankylose c. ?	? Asymétrique	Racc. = 10 cm. Racc. = 3 cm.	Spontanée
15 mois 15 mois 14 mois 14 mois	2 ans 14 ans 10 ans 5 ans	Silicote 1 an Plâtre 1 an Traitée jusqu'à 15 ans	Cicatrice de ponction	c. ? Ankylose c. ? Ankylose abd. c. d. Ankylose c. dr.	? ? ? ?	? ? Racc. = 3 cm. Racc. = 3 cm. Racc. = 9 cm	Spontanée Spontanée Spontanée Spontanée
? ?	11 ans	Pas de traitement		Ankylose légère c. g. Ankylose c. g. Pas d'ankylose c. g.	Parait normal ?	Racc. = 2 cm. Racc. = 3 cm. Racc. = 9 cm	Spontanée Spontanée Forcées
1 an ?	12 ans 3 ans 12 ans 13 ans	Plâtre 4 ans Plâtre de 3 à 7 ans Plâtre 1 an 1/2 Extension 6 mois	Hémioplysie à 17 ans	c. dr. Ankylose add. c. g. Ankylose	Asymétrique Anteverse, parait normal	Racc. = 1 cm. Racc. = 3 c. 1/2	Céarenne Spontanée
18 mois ?	4 ans 1/2	Plâtre 15 mois	Suppuration	?	?		Spontanée
? ?	10 ans	Pas de traitement	Cicatrices d'abcès	légère c. dr. Ankylose add. à g. c. double Ankylose c. dr. Ankylose c. g. Ankylose c. g.	Anteverse Parait normal Parait normal Parait normal	Racc. = existe Pas de racc. Racc. = existe	Spontanée Spontanée Forcées
18 mois 25 mois ?	7 ans 1/2 17 ans 9 ans	Immobilisation Plâtre 14 mois Plâtre 3 ans	Cicatrices				

Nous pouvons voir de suite, par simple comparaison des chiffres, que la coxalgie, loin d'être une cause favorisante d'avortement ou d'accouchement prématuré, permet, le plus souvent, l'évolution de la gestation, jusqu'à terme. La cause de ce fait réside dans le retard fréquent apporté à l'accommodation pelvienne pendant la gestation et au repos que prennent la plupart des coxalgiques à la fin de la gestation.

2° Influence sur l'accouchement

L'état du bassin est naturellement la seule question d'où dépende le pronostic à porter pour l'accouchement. Nous avons réuni là toutes les indications et toutes les causes pouvant influencer l'état du bassin.

a) MODE DE TERMINAISON

Primipares (50)

Donc : ACCOUCHEMENT SPONTANÉ chez 41 femmes,
soit, 82 %.

Ayant rachitisme : 0.

N'ayant pas de rachitisme : 5.

Aucun renseignement : 36.

Ayant d'autres lésions : 2 (Tumeur blanche du
genou et ostéite suppurée multiple).

Ayant fait premiers pas avant 18 mois : 17.

Ayant fait premiers pas après 18 mois : 5.

Ayant fait premiers pas à date indéterminée : 19.

Dont maladie a évolué :

Entre 2 et 7 ans : 15.

Entre 7 et 15 ans : 23.

Entre 15 et 21 ans : 3.

Après 21 ans : 0.

Etat de la coxalgie :

Ankylose : 27.

Pas d'ankylose : 1.

Ankylose et luxation : 1.

Atrophie : 1.

Aucun renseignement : 11.

Etat du bassin :

Asymétrie : 12.

Anteversion : 2.

Atrophie : 0.

Asymétrie et anteversion : 5.

Pas de renseignements : 14.

Paraissant normal : 8.

FORCEPS chez 3 femmes, soit 6 %.

Pour lesquelles on ne possède aucun renseignement précis qui permette de penser à la possibilité de rachitisme surajouté ; nous l'admettrons cependant pour une qui présente un promontoire à 10,3. Une présentait, en outre de sa coxalgie, une tumeur blanche du genou ; deux ont fait leurs premiers pas avant 18 mois, l'autre à une date indéterminée.

Chez 2 de ces femmes la maladie a évolué entre 2 et 7 ans, chez l'autre entre 7 et 15 ans.

Deux présentaient de l'ankylose de l'articulation de la hanche, la troisième n'en avait manifestement pas.

Deux avaient un bassin nettement asymétrique, l'autre un bassin paraissant en tous points normal.

CÉSARIENNE chez 6 femmes, soit 12 %.

Ayant rachitisme : 1.

Aucun renseignement : 5.

Ayant d'autres lésions : 1 (Mal de Pott, abcès osseux).

Ayant fait premiers pas avant 18 mois : 1.

Ayant fait premiers pas après 18 mois : 2.

Ayant fait premiers pas à date indéterminée : 3.

Dont maladie a évolué :

Entre 2 et 7 ans : 3.

Entre 7 et 15 ans : 1.

Pour les deux autres : entre 7 et 23 ans et entre 14
et 18 ans.

Etat de la coxalgie :

Ankylose : 4.

Luxation : 0.

Ankylose et luxation : 0.

Aucun renseignement : 2.

Etat du bassin :

Asymétrie : 4.

Asymétrie et anteversion : 1.

Pas de renseignements : 1.

Multipares (43)

PREMIER PAS	APPARITION de la MALADIE	ÉVOLUTION ET TRAITEMENT	COMPLICATIONS	ÉTAT DE LA COXALGIE	ÉTAT DU BASSIN	ÉTAT DES MEMBRES INFÉRIEURS	TERMINAISON
12 mois ? ?	4 ans 7 ans 12 ans 9 ans	Plâtre 3 ans Soignée à Berck Alitée 2 ans		Luxation c. dr. c. g. Atrophie c. g. Ankylose c. g.	Asymétrique ? Asymétrique et anteversé Anteversé ? Asymétrique Anteversé	Racc. = 7 cm. Racc. = 4 cm. Racc. = mini. Racc. = 3 cm.	Spontanée Spontanée Spontanée
18 mois 10 mois 15 mois 9 mois ?	7 ans 4 ans 6 ans 3 ans 8 ans	Traitee 2 mois Plâtre de 4 à 8 ans Opérée à 10 ans Traitee jusqu'à 12 ans Plâtre 2 ans. (Tentative de red. à 16 ans) Extension 1 an 1/2 Traitee de 9 à 11 ans ?		Pas d'ankylose c. d. Ankylose c. dr. Ankylose add. c. d. Ankylose double c. g. Ankylose c. dr. ? c. g. supprimée Luxation c. g. Ankylose add.	Parait normal Anteversé Asymétrique Asymétrique (promontoire à 6,5)	Pas de racc. Racc. = 15 cm. Racc. = 5 cm. Racc. = 8 cm.	Spontanée Spontanée Spontanée Spontanée Spontanée
9 mois 18 mois 18 mois	4 ans 9 ans 3 ans		T. pulmonaire Sacro coxa. dr.			Racc. = 3 cm.	Spontanée
?	?	Pas de traitement				Racc. = 8 cm.	Spontanée
4 ans 1/2	16 ans	Plâtre 2 ans	T. pulmonaire	Ankylose add. c. d.	Promontoire à 9,7	Racc. = 5 cm. Racc. = 3 cm.	Spontanée <i>Forceps</i>
2 ans	8 ans	Immobilisation 6 mois		Pas d'ankylose c. g.	Parait normal	Racc. = 2 cm.	Spontanée
1 an	3 ans	Traitee 6 mois	Cicatrices	Ankylose legere c. g. ? c. dr.	?	Racc. = 3 cm.	Spontanée
18 mois	11 ans	Souffre jusqu'à 15 ans Plâtre 3 mois			Anteversé	Racc. = 8 cm.	Spontanée
?	15 mois	Traitee de 5 à 9 ans		Ankylose c. g.	Asymétrique	Racc. = 3 cm.	Spontanée
?	4 ans 2 ans	Pas de traitement	Lupus d. la face Cicatrices	Ankylose et subluxation c. g.	Parait normal Anteversé	Racc. = 4 cm. Racc. = 2 cm.	Spontanée Spontanée
?	3 ans 1/2 2 ans	Plâtre ? Traitee jusqu'à 13 ans	Cicatrices	Ankylose c. dr.	Asymétrique Asymétrique	?	Spontanée Spontanée
14 mois 1/2	4 ans 3 ans 5 ans	Plâtre de 7 à 13 ans Immobilisée 3 ans, remarche à 10 ans	Cicatrices	? c. g. ? c. g. Ankylose c. g.	Asymétrique Asymétrique ?	?	Spontanée Césarienne Spontanée
13 mois	7 ans 16 ans	Alitée 8 mois Opérée en 2 fois	Cicatrices	? c. dr. Ankylose c. g.	Asymétrique Asymétrique et anteversé	Racc. = 7 cm.	Spontanée Spontanée
9 mois 14 mois	1 an 4 ans 17 ans ?	Plâtre 16 mois Opérée ?	Abcès à 6 ans T. pulmonaire	? c. g. Ankylose c. dr. ? c. dr. ? c. g. ? c. g.	Asymétrique Parait normal Parait normal Asymétrique	Racc. = léger Racc. = 4 cm.	Spontanée Spontanée
20 mois 13 mois	3 ans 14 ans	Non traitée Non traitée 14 ans		? c. g. Ankylose c. dr.	Parait normal Asymétrique Parait normal	Racc. = 10 cm. ?	Spontanée Spontanée Spontanée Spontanée

10 mois	3 ans	jusqu'à 6 ans Traînée	Suppuration	75	c. g.	?	?	Spontanée
18 mois	2 ans 1/2	jusqu'à 15 ans Traînée	Cicatrices	?	c. g.	Asymétrique	?	Spontanée
2 ans	2 ans 1/2	5 ans		Ankylose add. c. g.	Parait normal	Racc. = 2 cm.	Spontanée	
2 ans	5 ans			Ankylose add. c. d.	Bassin oblique ovalaire	Racc. = 10 cm.	Spontanée	
14 mois	10 ans	Plâtre 1 an	Cicatrices	Ankylose c. dr.		Racc. = 3 cm.	Spontanée	
9 mois	5 ans	Plâtre 20 mois		Luxation double c. dr.	Asymétrique Promontoire	?	Césarienne	
				Ankylose add. à droite	à 10, 3, aplatisse- ment des 2 lig. inoninées			
1 an	6 ans	Traînée 3 ans	Cicatrices	Ankylose c. dr.	Anteversé	Racc. = existe	Spontanée	
14 mois	4 ans 1/2	Plâtre		Ankylose c. g.	Parait normal	Racc. = existe	Spontanée	
13 mois	5 ans	jusqu'à 12 ans Plâtre	Fistule d'abcès froid costal	Ankylose add. c. d.	Asymétrique promontoire	Racc. = existe	Spontanée	
?	21 ans	jusqu'à 18 ans Plâtre jusqu'au 3 ^e mois de gestation actuelle	Cicatrices	Ankylose c. dr.	Asymétrique (appl. à d.)	Racc. = 2 cm.	Spontanée	

Donc : ACCOUCHEMENT SPONTANÉ : chez 39 femmes,
soit 90,69 %.

Ayant rachitisme : 0.

N'ayant pas rachitisme : 36.

Aucun renseignement : 3.

Ayant fait premiers pas avant 18 mois : 19.

Ayant fait premiers pas après 18 mois : 8.

Ayant fait premiers pas à date indéterminée : 12.

Dont maladie a évolué :

Entre 2 et 7 ans : 14.

Entre 7 et 15 ans : 22.

Entre 15 et 21 ans : 2.

Après 21 ans : 1.

Etat de la coxalgie :

Ankylose : 21.

Luxation : 1.

Atrophie : 5.

Aucun renseignement : 12.

Etat du bassin :

Asymétrie : 15.

Anteversión : 7.

Atrophie : 1.

Asymétrie et anteversion : 1.

Paraissant normal : 9.

Pas de renseignements : 6.

FORCEPS chez 1 femme, soit 2,32 %.

Ayant présenté des stigmates de rachitisme, n'ayant marché qu'après 18 mois, dont la maladie a évolué de 15 à 21 ans, présentant de l'ankylose de l'articulation de la hanche malade avec un bassin asymétrique et en même temps anteversé.

CÉSARIENNE chez 3 femmes, soit 6,97 %.

(2 conservatrices et une suivie d'hystérectomie. Une des femmes avait eu antérieurement 2 opérations césariennes conservatrices et les deux autres chacune une).

Deux de ces femmes avaient nettement du rachitisme concomitant, pour la troisième aucune indication ne permet de le penser.

Une des deux femmes présentant du rachitisme surajouté présentait, en outre, une sacro-coxalgie du côté opposé à sa lésion coxalgique.

Une a fait ses premiers pas avant 18 mois, la 2^e après et la 3^e à une date indéterminée. La maladie a évolué chez toutes de 2 à 7 ans.

Une présentait de l'ankylose, une à la fois ankylose et luxation, pour la 3^e les renseignements manquent.

Deux présentaient un bassin asymétrique en même temps qu'anteversé, pour l'autre l'asymétrie est seule signalée.

Conclusions. — Sur 93 accouchements, nous relevons :

80 accouchements spontanés, soit 86,02 %.

4 applications de forceps, soit 4,30 %.

9 opérations césariennes, soit 9,67 %.

Notre statistique est plus favorable que celle d'Ortel, qui trouvait comme accouchements spontanés une proportion de 77,14 %.

Les quatre applications de forceps ont été pratiquées, sauf un cas où il existait un promontoire à 9, 7, pour les mêmes raisons qui motivent son emploi dans les bassins normaux.

Le nombre des césariennes paraît, au premier abord, assez élevé, on a dû y recourir dans la plupart des cas que parce qu'il existait des viciations complexes ou surajoutées et il est à remarquer qu'il n'a pas été pratiqué une seule embryotomie.

b.) PRÉSENTATION (93)

Extrémité céphalique.

Sommet : O I G A : 56, soit 66,66 % ; O I G P : 0 ;
O I D A : 1, soit 1,19 % ; O I D P : 25, soit 29,76 %.

Extrémité céphalique :

Front : 0.

Face : 0.

Siège :

Complet : 0.

Décomplété mode des fesses : S I D A : 2, soit 2,38 % ; S I G A : 0 ; S I D P : 0 ; S I G P. : 0.

Epaule : 0.

Césarienne : 8.

Œufs (foetus mort) : 1.

(Abstraction a été faite pour l'établissement du pourcentage des 8 césariennes et de l'œuf).

Conclusions. — Trouvons-nous une position ou une présentation qui soit plus fréquente dans le bassin dit coxalgique (Mauriceau, Michaelis, Lizmann ayant émis l'opinion que les formes du bassin influent sur la présentation). Dans la majorité des cas, nous trouvons la présentation par le sommet et dans des proportions assez voisines des proportions normales.

Pour les variétés :

O I G A nous avons 66,66 %, au lieu de 65 %.

O I D P, nous avons 29,76 %, au lieu de 32 %.

O I D A, nous avons 1,19 %, au lieu de 1,50 %.

On voit également que la proportion des présentations du siège est moins élevée que dans les statistiques habituelles (3,33 %, Pinard). Ortel avait trouvé en cas de coxalgie une proportion de 6 %, la nôtre est de 2,38 % seulement ; nous devons signaler, il est vrai, un cas, où la présentation du siège réduite avant l'accouchement fut transformée en sommet.

Nous n'avons pas rencontré de présentations de l'épaule, ni de présentations du front ou de la face.

C. DURÉE

Primipares (50)

Au-dessous de 5 heures : 6, soit : 13,63 %.

Entre 5 et 10 heures : 12, soit : 27,27 %.

Entre 10 et 15 heures : 8, soit : 18,18 %.

Entre 15 et 20 heures : 6, soit : 13,63 %.

Entre 20 et 30 heures : 11, soit : 25 %.

Au-dessus de 30 heures : 1, soit : 2,27 %.

Durée moyenne : 14 heures.

Césariennes. — Dès le début du travail : 1 ; dans les 2 heures : 2 ; dans les 10 heures : 3.

Multipares (43)

Au-dessous de 5 heures : 12, soit : 30 % ;

Entre 5 et 10 heures : 19, soit : 47,50 %.

Entre 10 et 15 heures : 4, soit : 10 %.

Entre 15 et 20 heures : 4, soit : 10 %.

Entre 20 et 30 heures : 0.

Au-dessus de 30 heures : 1, soit 2,50 %.

Durée moyenne : 8 heures.

Césarienne. — Dès le début du travail : 1 ; dans les 10 heures : 2.

(Le pourcentage a été établi abstraction faite des césariennes).

Conclusions. — La longueur du travail est assez fréquente chez les primipares, les observations sont précises sur ce point mais la durée moyenne est très voisine de celle d'un accouchement normal. Plusieurs

fois aussi, l'accouchement a été par contre très rapide.

Chez les multipares la durée moyenne est trouvée un peu plus longue que chez les femmes normales.

d) DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Primipares

Sur 50 accouchements, nous relevons chez 10 femmes, soit dans 20 % des cas, des lésions vulvo-périnéales ayant consisté en :

Eraillure de la fourchette : 5, soit dans 10 % des cas.

Déchirure du bloc périnéal : 5, soit dans 10 % des cas.

Déchirure du bloc périnéal et du sphincter : 0.

Déchirure en plus de la cloison recto-vaginale : 0.

Nous savons que l'éraillure de la fourchette est fréquente chez les primipares. Nous avons trouvé d'autre part pour l'année qui s'est écoulée entre le 1^{er} octobre 1913 et le 1^{er} octobre 1914, une proportion de déchirures du périnée de 20,42 % sur la totalité des accouchements de primipares, nous sommes donc même un peu en dessous de la normale.

Multipares

Sur 43 accouchements nous avons constaté chez 7 femmes des lésions vulvo-périnéales ayant consisté uniquement en déchirures de la fourchette, ce qui nous donne un pourcentage de 18,60 %.

La proportion en ce qui concerne les accouchements de multipares pour une année n'est que de : 3,98 %.

Conclusions. — L'atrésie des parties molles, fréquemment observée chez les coxalgiques, est une des causes fréquentes de déchirure du périnée au moment de l'expulsion.

3° Valeur du produit de la conception

a) D'APRÈS LE POIDS

Primiparès (50)

3 enfants de moins de 1.500, soit 6 % ; 0 enfant de 1.500 à 2.000.

2 enfants de 2.000 à 2.500 : 1 au cours du 7^e mois ; 1 au cours du 8^e mois ; 0 au cours du 9^e mois ; 0 à terme ; soit 4 %.

15 enfants de 2.500 à 3.000 : 1 au cours du 7^e mois ; 0 au cours du 8^e mois ; 7 au cours du 9^e mois ; 7 à terme ; soit 30 %.

22 enfants de 3.000 à 3.500 : 0 au cours du 7^e mois ; 0 au cours du 8^e mois ; 8 au cours du 9^e mois ; 14 à terme ; soit 44 %.

7 enfants de 3.500 à 4.000 : 0 au cours du 7^e mois ;
0 au cours du 8^e mois ; 2 au cours du 9^e mois ; 5 à terme ; *soit 14 %*.

1 enfant de plus de 4.000, *soit 2 %*.

Poids moyen : 3.270 gr.

Multipares (43)

1^o Gestation actuelle.

0 enfant de moins de 1.500 ; 3 enfants de 1.500 à 2.000, *soit 6,97 %*.

2 enfants de 2.000 à 2.500 : 0 au cours du 7^e mois ;
1 au cours du 8^e mois (mort et macéré) ; 0 au cours du 9^e mois ; 1 à terme (2.470), *soit 4,65 %*.

8 enfants de 2.500 à 3.000 : 0 au cours du 7^e mois ;
0 au cours du 8^e mois ; 5 au cours du 9^e mois ; 3 à terme, *soit 18,60 %*.

16 enfants de 3.000 à 3.500 : 0 au cours du 7^e mois ;
0 au cours du 8^e mois ; 7 au cours du 9^e mois ; 9 à terme, *soit 37,20 %*.

10 enfants de 3.500 à 4.000 : 0 au cours du 7^e mois ;
0 au cours du 8^e mois ; 1 au cours du 9^e mois ; 9 à terme, soit 23,25 %.

4 enfants de plus de 4.000, soit 9,30 %.

Poids moyen : 3.174.

2° Gestations antérieures, (79 accouchements, 2 jumeaux).

1 enfant de moins de 1.500, soit 1,25 %.

1 enfant de 1.500 à 2.000, soit 1,25 %.

4 enfants de 2.000 à 2.500, soit 5 %.

14 enfants de 2.500 à 3.000, soit 17,5 %.

15 enfants de 3.000 à 3.500, soit 18,75 %.

7 enfants de 3.500 à 4.000, soit 8,75 %.

5 enfants de plus de 4.000, soit 6,25 %.

29 enfant dont le poids n'a pas été mentionné dans les observations (41,25 %) ; 4 avortements.

Conclusions. — Le produit de conception ne semble pas influencé ; les poids que nous trouvons se rapprochent sensiblement des poids habituels.

b) ETAT A LA NAISSANCE

Primipares (50)

46 ENFANTS VIVANTS, soit : 92 %, qui se répartissent en :

43 dont l'état physique a été trouvé : *bon*, soit 93,47 % :

2.500 à 3.000 : 14, soit 32,55 % ; 3.000 à 3.500 : 21, soit 48,83 % ; 3.500 à 4.000 : 7, soit 16,27 % ; plus de 4.000 : 1, soit 2,32 %.

3 *débiles*, soit 6,52 % :

2.450 : 1, soit 2 % ; 2.420 : 1, soit 2 % ; 1.320 : 1, soit 2 %.

4 ENFANTS MORTS pour cause **d'intervention** (8 %) : 1 (3550) mort à 3 jours (60 h. 40 de travail puis forcepts) ; **de non intervention** (6 %) : 1 de 2770 (mort-né) ; 1 de 1.240 (mort et macéré) ; 1 de 180 ; soit 8 %.

Multipares (43)

39 ENFANTS VIVANTS, soit 90,69 %, qui se répartissent en :

38 dont l'état physique a été jugé : *bon*, soit 88,37 % :

2.500 à 3.000 : 8, soit 21,05 % ; 3.000 à 3.500 : 16, soit 42,10 % ; 3.500 à 4.000 : 10, soit 26,31 % ; plus de 4.000 : 4, soit 10,52 %.

1 *débile*, soit 2,32 %, de 2.070.

4 ENFANTS MORTS : pour cause **d'intervention** : 0 ; **de non intervention** : 1, de 2.170 (mort et macéré) ; 1 de 1.800 (7^e mois, mort 1 h. 30 après naissance) ; 1 de 1.680 ; 1 de 1.700 (mort à 3 jours), soit 9,30 %.

Conclusions. — D'après l'état à la naissance nous arrivons aux mêmes conclusions que d'après celles du poids ; le produit de conception n'est pas influencé par la coxalgie.

4^e Influence sur les suites de couches

Primipares

Sur 50 accouchements de primipares, nous avons trouvé des suites de couches pyrétiques chez 11 femmes, soit *dans 22 % des cas.*

Nous avons trouvé comme causes de ces élévations de température :

Lymphangite du sein	dans 3 cas
Eruption sérique	» 1 »
Tuberculose pulmonaire	» 1 »
Infection génitale	» 2 »
Infection intestinale	» 1 »

Nous n'avons pu déterminer la cause exacte de la pyrexie dans 3 cas.

Multipares

Sur 43 accouchements de multipares nous relevons des suites de couches pyrétiques chez 14 femmes, soit dans 32,55 % des cas.

Les causes de l'élévation thermique ont pu être rattachées à :

Lymphangite du sein	dans 2 cas
Tuberculose pulmonaire et osseuse »	1 »
Infection génitale	» 1 »
Infection intestinale	» 2 »
Grippe (suivie de mort)	» 1 »

Pour 7 de ces femmes il ne nous a pas été possible de nous expliquer les causes réelles de la pyrexie constatée.

5° Influence sur l'allaitement

En ce qui concerne les femmes accouchées à la clinique et dont les observations servent de base à notre travail, il ne nous a pas été possible de mettre en lumière l'influence de la coxalgie sur l'allaitement, les femmes ne restant hospitalisées qu'une dizaine de jours et l'usage étant qu'à part la concomitance de lésions pulmonaires ouvertes, elles nourrissent toutes leurs enfants exclusivement au sein. Nous ne relevons que 7 abstentions à la règle commune sur 93 cas (soit dans 7,52 % des cas).

Ces femmes n'ayant pu être revues par la suite, nous ne pouvons savoir si ce mode d'allaitement a été continué.

Nous sommes certes mieux renseignés pour ce qui est des gestations antérieures de nos multipares.

Sur 80 enfants nous trouvons :

Enfants nourris exclusivement au sein : 21, soit 26,25 % des cas.

Enfants nourris au sein puis au biberon : 17, soit 21,25 % des cas.

Enfants pour lesquels on a utilisé l'allaitement mixte : 1, soit 1,25 % des cas.

Enfants nourris exclusivement au biberon : 19, soit 23,75 % des cas.

Nous ne possédons aucun renseignement pour 17 enfants, nous avons eu, d'autre part, sur ces 80 enfants : 1 mort-né et 4 avortements, soit 27,5 %.

Nous devons signaler que parmi les enfants nourris d'abord au sein puis au biberon figure l'enfant d'une femme qui au bout de 3 mois n'aurait plus eu de lait. De ce cas isolé il est impossible de tirer aucune conclusion ; il semble, au contraire, que nous retrouvons dans notre pourcentage des chiffres à peu près voisins de ceux qui sont fournis par l'ensemble des femmes qui constituent la clientèle hospitalière.

INFLUENCE DE LA PUERPÉRALITÉ SUR LA COXALGIE

I^o GESTATION

Les poussées évolutives de la coxalgie sont rares sous l'influence de la gestation, mais possibles. Depuis Verneuil, la chose est bien démontrée. Cazin en cite plusieurs cas qu'il a observés (Dhourdin, thèse Paris). Les fistules peuvent se rouvrir ; s'il existe de la suppuration, le foyer peut être réactivé.

Nous notons (observation 1039, de 1918, *Archives de la Clinique Baudelocque*), qu'une femme a présenté de la suppuration d'un abcès ossifluent depuis l'âge de 7 ans jusqu'au moment de sa venue à la clinique. Il paraît difficile de pouvoir mettre cette suppuration sur le compte de la gestation, mais, fait curieux, l'accouchement a eu pour effet, chez cette femme, de tarir complètement le suintement existant depuis tant d'années ; dans la période des suites de couches, la suppuration n'est pas réapparue, et cette femme est morte onze jours après son accouchement au moment de l'épidémie de grippe.

2° ACCOUCHEMENT

En général, le travail ne semble avoir eu aucun retentissement sur les lésions.

Si nous considérons le résultat de nos recherches, nous voyons qu'en aucun cas, l'action directe de l'accouchement ne s'est faite sentir sur la coxalgie.

3° SUITES DE COUCHES

On ne signale nulle part qu'une aggravation ait pu se produire dans l'état des femmes coxalgiques au moment des suites de couches. Les recherches ne peuvent du reste pas être très précises en ce qui concerne cette possibilité, les femmes n'étant suivies que pendant une période maximum de 10 à 11 jours.

Nous devons cependant remarquer que la plupart du temps, les suites immédiates de couches ne donnent lieu à aucun incident puisque nos coxalgiques ont pu sortir, dans la presque généralité des cas, dans les mêmes délais que toutes les autres femmes bien portantes ayant accouché à la clinique.

Une première femme (observation n° 556 de 1911, *Archives de la clinique Baudelocque*) qui présentait, en outre de sa lésion articulaire, de la tuberculose pulmonaire, et qui a fait une hémoptysie peu abondante au lendemain de son accouchement, a présenté au 4^e jour des douleurs assez marquées dans le membre inférieur du côté malade. Le 14^e jour il a été pratiqué l'ouverture d'un abcès de la fesse droite

ayant donné issue à une petite quantité de pus roussâtre. Mais où la chose devient intéressante, c'est que cette même femme qui présentait une cicatrice d'ancien abcès ossifluent, a vu le 24^e jour cette dite cicatrice, au lieu d'être déprimée comme auparavant, devenir saillante en même temps que douloureuse. On note à ce moment rougeur et fluctuation. Température 37°. Le lendemain on remarque autour de la cicatrice un empâtement douloureux, large comme la paume de la main. Le surlendemain, ouverture de l'abcès. Huit jour après, la malade passe à l'infirmerie en raison des symptômes pulmonaires qu'elle présente. (Aucune infection post-partum).

Cet unique cas donne une proportion de 1,07 %, nous montrant que l'aggravation dans les suites de couches est loin d'être la règle.

Une deuxième femme a présenté au 4^e jour une légère douleur spontanée au niveau d'une de ses articulations sacro-iliaques ; elle a présenté également une très légère douleur au niveau de son articulation coxo-fémorale.

4° ALLAITEMENT

Chez les primipares, il ne nous est pas possible de dire si la coxalgie a été aggravée du fait de l'allaitement. Pour ce qui est des multipares, nous n'avons trouvé nulle part aucun renseignement à ce sujet et l'interrogatoire ne semble pas avoir révélé pour les gestations antérieures une aggravation quelconque.

Bien mieux, pas plus que l'allaitement dans les

gestations actuelles, les allaitements successifs dans les gestations répétées semblent n'avoir eu aucune influence locale et générale.

Tuberculose pulmonaire concomitante

Chez 3 femmes (3,65 %) nous notons la coexistence de lésions pulmonaires avec la coxalgie.

Chez deux, les lésions remontaient à une époque assez lointaine de leur accouchement.

Pour l'une (III pare, n° 1.404, 1912, *Archives de la Clinique Baudelocque*) la première manifestation serait apparue consécutivement à une fièvre typhoïde remontant à 15 ans, et aurait consisté en une hémoptysie abondante. La femme, à son entrée, dit tousser depuis fort longtemps sans pouvoir préciser depuis quand ; on lui trouve une diminution du murmure vésiculaire à droite avec quelques frottements pleuraux en arrière ; elle est admise, de ce fait, de suite à l'isolement, où elle accouche dans des conditions normales.

Pendant tout son séjour à la clinique, cette femme n'a présenté ni toux, ni expectoration et son état à la sortie est consigné comme satisfaisant.

Pour l'autre (n° 1063, 1911, *Archives de la clinique Baudelocque*) on trouve dans les antécédents une hémoptysie à l'âge de 17 ans (la femme a maintenant 24 ans). Elle fut soignée pendant 7 mois au dispensaire anti-tuberculeux de St-Ouen et depuis s'est toujours trouvée bien portante. A son entrée, on trouve

une respiration un peu soufflante du sommet gauche avec quelques crépitations en arrière. Elle n'a présenté aucune poussée évolutive de sa tuberculose pulmonaire pendant son séjour à la clinique et en est sortie en bon état dans les délais normaux.

La troisième femme (III pare) (n° 556, 1911, *Archives de la clinique Baudelocque*) présentait à son entrée des signes de ramollissement du sommet gauche (il n'a pas été possible de retrouver la date d'apparition des lésions pulmonaires). Elle a fait le lendemain de son accouchement une hémoptysie de gravité moyenne. A l'auscultation, on trouve chez cette femme qui présentait une température à oscillations marquées des signes nets de tuberculose aux deux sommets en avant. Il faut noter en plus chez cette femme la réapparition d'un abcès ossifluent au niveau d'une ancienne cicatrice. En raison de son état pulmonaire, la femme est passée le 24^e jour à l'infirmerie de la Maternité.

Conclusions. — Donc sur 3 femmes ayant présenté une tuberculose pulmonaire concomitante avec une coxalgie, on ne constate aucune aggravation des lésions pulmonaires du fait de l'accouchement chez 2 d'entre elles. Chez une seulement, aggravation indiscutable des lésions de tuberculose pulmonaire (3,33 %).

ÉTAT DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT A LA SORTIE

Primipares

Dans 50 accouchements, 49 mères (soit 98 %) sont sorties en bon état. Pour 1 (2 %) l'état à la sortie était seulement satisfaisant.

45 enfants (soit 90 %) sont sortis en bon état, 5 (10 %) ne sont pas sortis en bon état :

Débile de 1320 (accouch. au 7^e mois) ; Enfant de 3550 (mort à 5 jours. Cyanose, travail = 60 h. 40, forceps en O I D P) ; mort et macéré de 1240 gr. ; enfant mort-né ; fœtus momifié de 120 gr. (4^e mois).

Multipares

Dans 43 accouchements, 39 mères (soit 90,69 %) sont sorties en bon état. Pour 2 (4,65 %), l'état à la sortie était seulement satisfaisant ; 2 ne sont pas sorties en bon état (4,65 %) : 1 passée à l'infirmerie, (tuberculose pulmonaire) ; 1 morte le 11^e jour (grippe).

39 enfants (soit 90,69 %) sont sortis en bon état ; 4 enfants (9,30 %) étaient morts au moment de la sortie de leur mère de la clinique ; 1 mort à 3 jours ;

1 mort 1/2 heure après naissance (7^e mois) ; 1 mort-né ; 1 mort et macéré.

Conclusions. — Considérant maintenant le résultat global portant sur les 93 accouchements, nous obtenons :

Pour 93 accouchements, 88 mères sorties en bon état, soit 94,62 % ; 84 enfants sortis en bon état après les onze jours passés à la clinique, soit 90,32 %.

Le seul décès à déplorer pour ce qui est des mères est survenu pour une cause étrangère à la coxalgie : grippe.

La femme passée à l'infirmierie l'a été, pour des lésions tuberculeuses du sommet, ayant été aggravées semble-t-il par le travail de l'accouchement, puisqu'au lendemain de celui-ci la femme a présenté une hémoptysie.

Le nombre des décès survenu chez les enfants est de 9 sur 93, ce qui nous donne une proportion de 9,67 %. Sur ces 9 cas, nous ne relevons comme cause possible de la mort qu'un seul où le bassin coxalgique puisse être mis en cause (travail très long = 60 h. 40, et extraction par forceps), mais nous ne pouvons en rien l'affirmer, le fait pouvant se produire avec des bassins normaux.

NUMÉROS DES OBSERVATIONS AYANT SERVI A PUBLIER CE TRAVAIL

(Archives de la Clinique Baudelocque)

Années	Numéros des Observations
1905	196. — 228. — 526. — 696. — 859. — 1548.
1906	369. — 706. — 1110. — 1607. — 311.
1907	136. — 157. — 329. — 723. — 1612.
1908	363. — 414. — 1195. — 1196. — 1726. 1923. — 2125.
1909	239. — 707. — 1302.
1910	302. — 329. — 807. — 902. — 1257. — 1269.
1911	556. — 603. — 1063. — 1165.
1912	112. — 1404.
1913	153. — 243. — 297. — 431. — 436. — 455. — 836. — 930. — 1078.
1914	192. — 278. — 949. — 1001. — 1570.
1915	247. — 365. — 1218. — 1415.
1916	87. — 99. — 213. — 884. — 1100. — 1194. — 1341.
1917	356. — 805. — 1020. — 1305. — 1398.
1918	345. — 718. — 807. — 868. — 1039. — 1211. — 1990.
1919	113. — 224. — 225. — 353. — 620. — 644. — 868. — 897. — 1040. — 1274. 1585. — 1674.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I (*Inédite*)

(*Clinique Baudelocque. — Année 1920, n° 1317*)

Coxalgie droite. Début à 11 ans. Ankylose complète de la hanche. Membre en abduction, flexion très légère sans rotation. Aplatissement du côté sain. Accouchement spontané à terme en decubitus latéral. Présentation du sommet en O I D P.

B... J., 31 ans (1^{er} pare).

Antécédents héréditaires. — Père mort à 67 ans ? Mère morte à 67 ans de tumeur abdominale. Trois frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Premiers pas : 9 mois. Elevée au sein maternel. Premières règles : 14 ans. Irrégulières comme périodicité jusqu'au premier rapport.

Histoire de l'affection. — Coxalgie droite. Survenue à l'âge de 10 ans, ayant débuté par gonalgie. Reste 1 an sans traitement, puis on lui applique un appareil à extension continue qu'elle garde 7 mois. Marche ensuite pendant 5 mois avec des béquilles, puis seule. Reste tout à fait bien portante jusqu'à l'âge de 24 ans, époque à laquelle apparaît un abcès de la région supéro-externe de la cuisse droite. Le Dr Chaput à Lariboisière lui fait 3 ponctions évacuatrices à intervalles de 8 jours, suivies d'injections modificatrices. A la suite de ce traitement, guérison complète de cet abcès sans fistulisation. Depuis

la malade n'a plus présenté aucune manifestation douloureuse.

Gestation actuelle. — D. R. : 17 au 20 octobre 1919.
H. U. = 32 cm.

Surveillée à Baudelocque depuis le 6^e mois d'abord tous les quinze jours, puis tous les 8 jours. Jamais d'albumine ; aucune complication signalée.

Examen de la coxalgie. — Taille moyenne. Aucun stigmate de rachitisme.

Ankylose articulaire complète.

Pas d'ensellure lombaire de compensation.

Examen des membres inférieurs. — Raccourcissement apparent du membre inférieur droit : 7 cm. Atrophie de 9 cm. à la cuisse, de 4 cm. au mollet. Membre en abduction, flexion légère sans rotation.

Examen du bassin. — Promontoire inaccessible.

Très légère atrophie de l'aile iliaque du côté droit.

Lischion de ce même côté semble atrophié et légèrement dévié en dedans.

Aplatissement du côté gauche.

Accouchement. — Spontané à terme en décubitus latéral. Dégagement en O. P. Durée totale du travail : 10 heures 10. Pas de lésions vulvo-périnéales. Délivrance par extraction simple 1 heure après l'accouchement. Suites de couches : apyrétiques. (Congestion légère du sein gauche pendant 24 heures. Légère douleur spontanée le 4^e jour au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite).

Enfant : 3080 gr. Etat physique : bon. Placenta : 600 grammes.

Etat à la sortie. — Mère et enfant sortis en bon état le 11^e jour.

OBSERVATION II (Inédite)

(Clinique Baudelocque. — Année 1920, n° 1350)

Coxalgie droite. Début à 5 ans. Traitements multiples. Ankylose de la hanche en adduction. Aplatissement du côté sain. Promontoire accessible au loin. Accouchement spontané au cours du 8^e mois. Présentation du sommet en O I. G. A. Mort de l'enfant au 3^e jour. (Poids à la naissance : 1700 gr.).

H. Ch..., 25 ans, couturière (II pare).

Antécédents héréditaires. — R. à S. au point de vue bacillaire.

Antécédents personnels. — Premiers pas : 13 mois. Elevée au sein maternel. Premières règles : 13 ans. Régulières comme durée et périodicité. Cicatrice d'abcès froid au niveau de la région thoracique gauche, durant depuis 3 ans avec suintement purulent à chaque époque menstruelle.

Histoire de la maladie. — Coxalgie droite. Survenue à l'âge de 5 ans à la suite d'une chute, on émet à ce moment l'hypothèse d'une luxation traumatique. Pose d'un appareil plâtré pendant 9 mois. Admise ensuite à l'hôpital de Nancy, pendant 6 mois on lui fait de l'extension seule, puis semble-t-il ensuite combinée avec un appareil plâtré. A 6 ans $\frac{1}{2}$, remarche avec un appareil orthopédique pendant un temps indéterminé, puis avec béquilles pendant une période également indéterminée, puis seule. A 9 ans, elle est conduite aux Enfants malades où elle est plâtrée à nouveau pendant 1 mois. Continue ensuite à marcher en accusant simplement douleur et boiterie. A 12 ans, à l'Hôtel-Dieu, on lui prescrit le port d'un soulier surélevé faisant disparaître la boiterie mais la douleur subsiste à la marche. Elle est ainsi jusqu'à 18 ans, époque à laquelle on la plâtre à la Pitié pendant 45

jours. A sa sortie de ce dernier appareil on note une rotation accentuée de la jambe en dedans, avec une ébauche de flexion.

Gestation antérieure. — Février 1917 : Avortement au cours du 4^e mois, survenue 15 jours après l'incision de l'abcès froid costal signalé dans les antécédents. Pendant accouchement et suites de couches, suintement continu.

Gestation actuelle. — D. R. : 27 novembre au 1^{er} décembre 1919. H. U. = 30.

Gestation surveillée à la Maternité et à Lariboisière et ayant évolué sans complications. Jamais d'albumine.

Examen de la coxalgie. — Ankylose de la hanche en abduction très limitée et flexion de la cuisse sur le bassin possible jusqu'à l'angle droit. Adduction sans rotation bien nette.

Examen des membres inférieurs. — Raccourcissement du membre inférieur droit : 7 cm. Atrophie très marquée : 10 cm. à la partie moyenne.

Examen du bassin. — Promontoire accessible au loin. Ligne inominée gauche semble aplatie à sa partie antérieure. L'os coxal ne présente pas d'atrophie bien appréciable ; il semble tout au plus que le côté gauche de la cavité pelvienne est plus petit. Symphyse pubienne paraissant normale.

Accouchement : Spontané au 8^e mois. Dégagement en O. P. Durée totale du travail : 14 heures 30. Pas de lésions vulvo-périnéales. Délivrance naturelle. Suites de couches : apyrétiques. Enfant débile du poids de 1700 gr. (Mort au 3^e jour).

Mère sortie en bon état le 11^e jour.

OBSERVATION III (Inédite)

(Clinique Baudelocque. — Année 1920, n° 2076)

Coxalgie gauche. Début à 3 ans $\frac{1}{2}$. Ankylose de la hanche. Adduction et flexion. Léger aplatissement du côté sain. Atrophie du côté malade. Accouchement spontané au cours du 9^e mois. Présentation du sommet en O I G A.

S. A..., 24 ans (I pare).

Antécédents héréditaires. — Père 53 ans, bien portant. Mère morte à 23 ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Premiers pas à ? Elevée au biberon.

Premières règles à 13 ans. (A 15 ans, aménorrhée pendant 8 mois, alourdissement plus marqué du membre malade à chaque époque menstruelle).

Bronchite avec amaigrissement à l'âge de 18 ans, pour laquelle elle est restée alitée 3 mois.

Histoire de l'affection. — Coxalgie gauche à 3 ans $\frac{1}{2}$. Conduite à Trousseau, pose d'un appareil plâtré qu'elle garde 18 mois. Pas d'histoire d'abcès connu. A sa sortie du plâtre remarche avec béquilles qu'elle garde jusqu'à 9 ans, date à laquelle elle recommence à marcher seule.

Gestation actuelle. — D. R. : 24 au 27 février 1920. H. U. : 30.

Surveillée à Baudelocque les deux derniers mois. Jamais d'albumine ; pas de complications réelles signalées.

Examen de la coxalgie. — Ankylose. Conservation d'un très léger mouvement de latéralité. Adduction à 45°. Flexion également à 45°.

Ensellure lombaire compensant anteversion pelvienne.

Bassin légèrement incliné à droite.

Examen des membres inférieurs. — Raccourcissement apparent du membre inférieur gauche : 6 cm. $\frac{1}{2}$. Grosse atrophie musculaire : 7 cm.

Examen du bassin. — Promontoire inaccessible. Bonne concavité sacrée qui est accessible à bout de doigt sur la presque totalité de son étendue.

Lignes inominées accessibles jusqu'au niveau des sinus sacro-iliaques où elles disparaissent.

Sinus sacro-iliaque très atrophié du côté malade. A ce niveau, la ligne inominée est accessible. Tout le côté malade donne l'impression d'être atrophié. Ni voussures, ni exostoses.

Ischion du côté malade atrophié et reporté en dedans.

Accouchement : Spontané au cours du 9^e mois. Délivrement en Q. P.

Durée totale du travail : 6 heures. Pas de lésions vulvo-périnéales. Délivrance par extraction simple 1 heure après l'accouchement. Suites de couches : apyrétiques. (Examen des lochies : négatif).

Enfant : 2980 gr. état physique bon. Placenta : 440.

Etat à la sortie : Femme et enfants sortis en bon état le 11^e jour.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Clinique Baudelocque. — Année 1921, n^o 110)

Coxalgie droite. Début à 4 ans $\frac{1}{2}$. Ostéite suppurée multiple des deux membres inférieurs. Ensellure lombaire très prononcée. Ankylose de la hanche. Adduction et flexion. Bassin asymétrique. Aplatissement du côté sain. Accouchement spontané au cours du 9^e mois. Présentation du sommet en O I D P.

C. G..., 30 ans, lingère (I pare).

Antécédents héréditaires. — Père mort à 35 ans d'affection pulmonaire. Mère morte à 29 ans de suites de

couches. Deux frère et sœur vivants. Deux frère et sœur morts en bas-âge.

Antécédents personnels. — Premiers pas à ? Elevée au sein maternel.

Premières règles à 13 ans. Régulières et indolores (4 jours).

Histoire de la maladie. — Coxalgie droite survenue à 4 ans $\frac{1}{2}$ à la suite d'une chute ; a été envoyée à St-Pol très rapidement après, on l'y immobilise dans un appareil plâtré avec extension continue. On l'aurait opérée au début de son séjour, au niveau des deux membres inférieurs et replâtrée immédiatement sans extension. Quitte St-Pol après un séjour de 3 ans sans pouvoir encore remarquer. Ce n'est qu'une fois rentrée à Roubaix, chez ses parents, qu'elle commence à marcher avec des béquilles qu'elle conserve encore actuellement. Depuis l'opération il n'est survenu aucun changement dans les lésions osseuses, ni aucune douleur.

Gestation actuelle. — D. R. : 20-24 avril 1920. H. U. : 31 cm.

N'a jamais consulté pendant sa gestation, au cours de laquelle elle n'a éprouvé aucun malaise.

Examen de la coxalgie. — Ankylose de la hanche droite. (Limitation marquée des mouvements d'abduction). Consolidée en adduction et flexion. Ensellure lombaire. Elévation de la crête iliaque droite. Obliquité descendante vers la gauche de l'horizontale du losange lombo-sacré. Ascension du pli fessier droit.

Examen des membres inférieurs. — Raccourcissement apparent de 3 à 4 cm.

Atrophie surtout marquée à la cuisse droite.

Nombreuses cicatrices déprimées et adhérentes au plan osseux au niveau du segment proximal du membre inférieur droit et du segment distal du membre inférieur gauche.

Examen du bassin. — Promontoire inaccessible.

L'exploration des lignes inominées donne l'impression que les deux côtés ne sont pas semblables, le côté droit paraissant plus facilement accessible. Pas d'atrophie nettement appréciable de l'os iliaque droit.

Accouchement : Spontané au cours du 9^e mois. Dégagement en O. P. Durée totale du travail : 5 h. 45. Pas de lésions vulvo-périnéales. Délivrance naturelle 1 heure après l'accouchement.

Enfant : 3090 gr. Etat physique bon. Placenta : 450 (présente un infarctus blanc sur un de ses bords avec épaississement de la caduque).

Suites de couches apyrétiques.

Etat à la sortie. — Mère et enfant sortis en bon état le 11^e jour.

OBSERVATION V (*Inédite*)

(*Clinique Baudelocque. — Année 1921, n° 225*)

Coxalgie droite. Manifestée à 21 ans après une première gestation. Ankylose presque complète de la hanche. Léger aplatissement du côté malade. Accouchement spontané à terme. Présentation du sommet en O I G A. Hémorragie post-partum.

J. J..., 23 ans, couturière (II pare).

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — A marché très tôt ? Elevée au biberon par sa mère. Premières règles ?

Rougeole dans l'enfance.

Histoire de la maladie. — Coxalgie droite survenue à 21 ans, après un premier accouchement. Apparue à la fin de l'année 1918 et traitée pour une névralgie sciati-

que jusqu'en juillet 1919. Jusqu'à ce moment où elle ne peut absolument plus marcher, la femme boîte avec le pied tourné en dedans. Conduite alors à la Salpêtrière, on lui fait une radio à la suite de laquelle on la plâtre jusqu'en décembre 1919, époque à laquelle on commence l'extension continue (cela pendant 2 mois), puis pose d'un nouvel appareil plâtré qu'elle garde jusqu'en août 1920. (Elle se trouve alors enceinte de 3 mois). Commence ensuite à marcher avec des béquilles pendant 2 mois, puis avec 2 cannes. Elle est très vite obligée de reprendre ses béquilles jusqu'au moment où elle se présente à nous.

Gestation antérieure. — Accouchement spontané au cours du 9^e mois. Fille vivante. Poids au voisinage de 3.000. Nourrie au sein maternel 6 mois, puis au biberon par nourrice mercenaire. Première dent : 7 mois. Suites de couches normales. Retour de couches : 6 semaines après l'accouchement.

Gestation actuelle. — D. R. : 20-24 avril 1920. H. U. : 32 cm.

Vomissements alimentaires les 3 premiers mois. N'a jamais été suivie pendant sa gestation. Pas d'albumine à son entrée.

Examen de la coxalgie. — Ankylose presque complète de la hanche droite. Abduction et adduction absolument impossibles. Flexion presque impossible. Pas d'ensellure lombaire.

Examen des membres inférieurs. — Racourcissement apparent de 2 cm. Atrophie légère du membre inférieur droit : 2 cm. à la cuisse et 4 cm. au mollet.

Examen du bassin. — Promontoire non accessible.

On a l'impression d'un léger aplatissement à droite, le côté gauche paraissant très large.

Symphyse pubienne exactement dans le plan médian. Ni voussures, ni exostoses.

Accouchement : Spontané à terme. Dégagement en O. P.

Durée totale du travail : 5 heures. Pas de lésions vulvo-périnéales.

Enfant vivant : 3.670. gr., état physique bon.

Placenta : 750 gr. expulsé complet immédiatement après la sortie du fœtus. Hémorragie après la délivrance (injection chaude 1 cc. d'ergotine, 10 cc. d'huile camphrée).

Etat à la sortie : mère et enfant sortis en bon état le 11^e jour.

OBSERVATION VI (*Inédite*)

(Clinique Baudelocque. — Année 1921, n° 448)

Coxalgie droite. Début à 7 ans. Ankylose légère de la hanche. Luxation. Bassin aplati du côté sain, atrophié du côté malade. Accident prématuré spontané au cours du 7^e mois (semblant dû à un traumatisme). Fœtus mort et macéré. Présentation du sommet en O I D P. Dégagement en O. S.

B... H..., couturière, 21 ans (I pare).

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte de ? une sœur morte à 23 ans d'affection pulmonaire, une sœur vivante.

Antécédents personnels. — Premiers pas à 12 mois. Elevée au sein maternel. Premières règles à 15 ans. Régulières, d'une durée de 5 jours.

Histoire de la coxalgie. — Coxalgie droite survenue à 7 ans à la suite d'une chute. Tout au début elle présenta un abcès qui fut incisé à l'Hospice des Enfants assistés, où après quoi on lui fit de l'extension continue. En 4 mois la plaie fut cicatrisée, l'enfant est alors envoyée à Berck. A son arrivée nouvelle opération. Ablation d'un

séquestre et curettage. De nouveau, extension continue pendant 1 an $\frac{1}{2}$. Suppuration pendant 8 mois, puis cicatrisation. A ce moment appareil plâtré et extension continue pendant 1 an $\frac{1}{2}$. A toujours marché sans béquilles depuis cette époque.

Gestation. — D R : 14-15 juillet 1920. H U : 28.

Gestation non surveillée qui semble avoir évolué sans complications, a subi un traumatisme violent il y a 3 jours (nombreux coups par son mari en état d'ivresse). B. de c. : non perçus.

Examen de la coxalgie. — Ankylose légère de la hanche. Extension limitée de la cuisse sur le bassin se traduisant par une légère ensellure lombaire. Luxation de la tête fémorale (ascension du trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser).

Examen des membres inférieurs. — Raccourcissement : 4 cm. Atrophie. Cicatrice d'un abcès ancien à la face antéro-externe de la cuisse droite.

Examen du bassin. — Promontoire inaccessible. Sensation de léger aplatissement à gauche fournie par le toucher.

Le côté droit paraît atrophié notablement.

Ni voussures, ni exostoses.

Accouchement : Spontané au cours du 7^e mois. Liquide amniotique chocolaté. Dégagement en O. S.

Durée totale du travail : 29 h. Pas de lésions vulvo-périnéales. Délivrance naturelle 1 heure après l'accouchement.

Fœtus mort et macéré de 1.240 gr. avec un placenta chair à saucisse de 400 gr. (aucun signe de spécificité n'a été relevé dans les antécédents de la parturiente).

Suites de couches : faiblement pyrétiqes. Congestion des deux seins : 38°4 le 4^e jour. 38°6 le 7^e jour.

Etat à la sortie : mère néanmoins sortie en bon état le 11^e jour.

CONCLUSIONS

I. — Le bassin, chez les femmes ayant eu une coxalgie pendant l'enfance, est habituellement comme celui de toutes les boîteuses, un bassin asymétrique de type oblique ovalaire, déformé, mais de capacité suffisante pour l'accouchement. Dans certains cas, la déformation, du bassin est complexe en raison :

- a) Du rachitisme surajouté (diminution du diamètre antéro-postérieur) ;
- b) Du processus tuberculeux lui-même ;
- c) De l'atrophie générale de tout le bassin.

Les déformations du bassin entraînent dans ces conditions, une diminution plus ou moins accentuée de sa capacité.

II. — Au point de vue antécédents, la tuberculose dans les antécédents héréditaires a été retrouvée dans 15 % des cas ; dans les antécédents personnels, dans 3.25 % des cas.

III. — Dans 3,25 % des cas, la tuberculose a été observée concomitement. Sur les 3 femmes observées, 2 dont une soignée depuis longtemps dans un dispensaire, sont sorties en bon état. Une autre a eu un hémoptysie le lendemain de l'accouchement.

IV. — Le réveil de la tuberculose ostéo-articulaire de la hanche est exceptionnel (1,07 %).

V. — La gestation va plus souvent à terme que chez les femmes à bassin normal de la clientèle hospitalière (58,05 % au lieu de 33,43 %), en raison de l'absence fréquente d'accommodation plevienne et du repos que prennent les femmes souvent hospitalisées par avance.

VI. — L'accouchement est en général spontané, le bassin coxalgique à viciation simple étant de capacité suffisante (86,02 %). En cas de viciations complexes, la dystocie est fréquente, dans ces cas, l'opération césarienne peut être indiquée (9,67 %).

VII. — L'état à la naissance des enfants issus de mères coxalgiques est en général bon (90,32 %) avec un poids moyen de 3200 gr.

VIII. — La mortalité et la morbidité de ces enfants ne sont pas plus élevées pendant leur séjour à la Maternité, que celles des enfants issus de mères saines (9,67 %).

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
APPEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LENOIR. — Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement (1865).

GUÉNIOT. — Des luxations coxo-fémorales au point de vue de l'accouchement (1869).

VERNEUIL. — Coxalgie de l'enfance et grossesse (*Bul. Société de Chirurgie*, T. III, p. 312) (1877).

LANNELOGUE. — *Leçons sur la coxo-tuberculose* (1886).

TRACOU. — De l'influence de la coxalgie sur la conformation du bassin (Thèse Lille) (1889).

DEMELIN. — Bassin coxalgique (*Gazette des Hôpitaux*, p. 1025) (1890).

FROUVOST — Bassins viciés par boîterie (Thèse Paris) (1891).

BRUNEAU. — De l'accouchement spontané chez les femmes à bassin coxalgique (Th. Paris) (1892).

RAOUX. — Du sacrum dans les bassins asymétriques (Thèse Paris) (1901).

CHALOCHET. — Anatomie du bassin coxalgique chez l'enfant (Thèse Paris) (1901).

ORTEL. — Du bassin coxalgique au point de vue de l'accouchement (Th. Paris) (1904).

A. PINARD. — Le bassin des boîteuses. Leçon du 20 novembre 1905 (*Bulletin médical*, n° 94) (1905).

CLEISZ. — Examen d'une femme enceinte, atteinte de coxalgie (*Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, 10 août) (1919).

— Bassin coxalgique (Etude de la ligne inominée et de l'atrophie) *Gynécologie et obstétrique*, T. II, n° 5 (1920).

